

Modulo per la scelta e la revoca del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta

Il /La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via/p.zza _____ n _____
tel _____ e-mail _____.

Consapevole delle responsabilità penali cui incorre nel caso di dichiarazioni mendaci o contenenti dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00

Chiede di poter scegliere per sé il Dr. _____

E di revocare contestualmente il Dr. _____

Chiede inoltre di poter scegliere per i sottoelencati familiari* o conviventi, purché anagraficamente facenti parte del medesimo nucleo familiare, il Medico di seguito indicato:

➤ *** (per familiari o conviventi maggiorenni, è richiesta la delega e copia del documento d'identità del delegante)**

Elenco dei familiari per i quali si vuole effettuare la scelta:

Cognome e nome _____ nato/a _____ il _____

Medico scelto _____ Medico Revocato _____

Cognome e nome _____ nato/a _____ il _____

Medico scelto _____ Medico Revocato _____

Cognome e nome _____ nato/a _____ il _____

Medico scelto _____ Medico Revocato _____

Cognome e nome _____ nato/a _____ il _____

Medico scelto _____ Medico Revocato _____

Cognome e nome _____ nato/a _____ il _____

Medico scelto _____ Medico Revocato _____

N.B. Esibire le tessere sanitarie di tutti coloro che effettuano la scelta.

Si dichiara inoltre, con la sottoscrizione de presente modulo:

- di prestare il proprio consenso ai sensi dell'art.13 del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR) e del Decreto legislativo n. 101 del 10/08/2018, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.
Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente eventuali risoluzioni anticipate della dimora temporanea e modifiche della stessa in senso definitivo.

Data _____

Firma dell'assistito _____